

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

LE

TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS

SES BASES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SA VALEUR ; SES DIFFICULTÉS

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1920

PAR

Jérôme CASABIANCA

EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1910)
INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1912)

CROIX DE GUERRE
MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Né à Ajaccio (Corse), le 30 octobre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VEDEL, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, prof.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS
SES BASES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SA VALEUR ; SES DIFFICULTÉS

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0149

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 7

LE

TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS

SES BASES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SA VALEUR ; SES DIFFICULTÉS

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1920

PAR

Jérôme CASABIANCA

EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1910)
INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1912)

CROIX DE GUERRE
MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Né à Ajaccio (Corse), le 30 octobre 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VEDEL, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, prof.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM N.....	DOYEN.
FORGUE (O ✱).	ASSESSEUR.
N.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Chirurgie chirurgicale.....	MM FEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Solairique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱).
Physiologie.....	REDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II)
Clinique obstétricale.....	VALLAIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAT (✱) ☿.
Chimie biologique et médicale.....	DERBIEN (☿)
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	VEDEL.
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino.....	MOURET.

Doyens honoraires : MM VIALLETON, MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱)

Secrétaires honoraires : MM GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O ✱, ☿, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN. ✱, ☿, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	N...
Stomatologie.....	WATON ✱ (☿), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	MESTREZAT
LEENHARDT.	RUZIERE.	LAPEYRE.
GAUSSEL (✱ ☿).	J. DELMAS (☿).	MARGAROT.
RICHE (✱).	RIMBAUD ✱.	STROHL.

Examineurs de la thèse

MM. VEDEL, profes., <i>président</i> .		MM. RIMBAUD, agrégé.
DUCAMP, professeur.		MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE VÉNÉRÉE

*Dont la vie fut toute d'exemple,
de sacrifice et de dévouement.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR LE CHANOINE J. CASABIANCA

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MON FRÈRE

A MA SOEUR

J. CASABIANCA.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE
LE DOCTEUR ÉDOUARD DELANGLADE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE
DE MES
CAMARADES DES HOPITAUX DE MARSEILLE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

J. LOUGE, L. MARTIN, P. FIOLE, H. EIGLIER, L. AYMÈS

INTERNES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

M. LOUGE, J. DA PASSANO, H. SEDAN, F. ABEILLE, F. CAMUGLI,
E. MARCORELLES, H. TOURETTES, G. HILDEBRAND.

EXTERNES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

J. CASABIANCA.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON PERRIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma respectueuse admiration.*

A MON MAÎTRE ET AMI

LE DOCTEUR CHARLES MATTEI

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

MÉDECIN DES HOPITAUX

*En témoignage de toute ma gratitude
et de toute mon amitié.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

J. CASABIANCA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de ma thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

MEIS ET AMICIS

J. CASABIANCA.

AVANT-PROPOS

Au moment d'abandonner ma vie d'Internat pour les soucis et les responsabilités de la carrière médicale, il m'est un devoir très agréable et très doux à remplir: celui de remercier du fond du cœur mes Maîtres des Hôpitaux qui ont dirigé mes études pendant de longues années et de les assurer que je n'oublierai jamais les bontés dont ils ont bien voulu me combler.

Le docteur Louge, chirurgien consultant des hôpitaux, fût le premier de mes maîtres: ma reconnaissance pour lui est sans bornes. Je rends un hommage ému à la mémoire de deux de ses fils, mes amis, tombés glorieusement face à l'ennemi.

Je remercie Monsieur le docteur Boinet, professeur de clinique médicale; Monsieur le docteur Roux de Brignoles, chirurgien consultant des hôpitaux; Monsieur le docteur Niel, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Monsieur le docteur Brémond, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'École de Médecine de Marseille, de leur enseignement et des précieux conseils qu'ils m'ont donnés lorsque j'étais externe dans leur service.

Au retour de la guerre, après sept années passées sous les drapeaux, Monsieur le docteur François, médecin des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, m'a accueilli en qualité d'interne, dans son service de l'Hôpital de la Conception. Sa bienveillance et son indulgence ont été pour moi le plus précieux des encouragements. Je le remercie.

vivement des leçons que j'ai reçues de lui pendant le temps trop court passé dans son service, ainsi que des marques de sympathie qu'il me fit l'honneur de me prodiguer.

Je tiens à rendre hommage à mon maître, Monsieur le docteur Léon Perrin, professeur de clinique dermatologique à l'Ecole de Médecine de Marseille, chevalier de la Légion d'honneur, et à le remercier respectueusement et avec émotion d'avoir bien voulu me compter au nombre de ses élèves. Interne de son service, à l'Hôtel-Dieu, je garderai toujours le souvenir de sa paternelle bonté à mon égard, et de ses leçons où il joignait, à l'exposé lumineux de la vérité scientifique, le désir ardent de communiquer à ceux qui l'écoutaient, sa vaste érudition. Modèle des Maîtres, il a droit à ma reconnaissance qui ne s'éteindra qu'avec moi.

Je remercie Monsieur le docteur Charles Mattei, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, médecin des hôpitaux, de m'avoir assisté de ses conseils et de ses connaissances pendant la préparation de l'internat. Son inaltérable amitié a toujours été pour moi d'un précieux secours; qu'il soit assuré, non seulement de ma reconnaissance, mais de ma profonde affection.

J'évoque enfin pieusement le souvenir de mon maître, Monsieur le docteur Edouard Delanglade, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, chirurgien consultant d'une armée, mortellement frappé par la mitraille sur le champ de bataille.

Cette grande âme, noble et généreuse, sera longtemps pleurée encore par tous ceux qui eurent la faveur de pouvoir l'approcher. Le professeur Delanglade restera toujours pour ses élèves, dont j'eus le bonheur de faire partie, l'exemple et le modèle de toute perfection.

LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA SYPHILIS

SES BASES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES
SA VALEUR ; SES DIFFICULTÉS

OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

INTRODUCTION

I. — DÉFINITION

On désigne sous le nom de traitement abortif de la syphilis, toute méthode thérapeutique ayant l'ambition de détruire rapidement les tréponèmes qui se sont introduits et développés dans l'organisme pendant le début de la période primaire, et de mettre ainsi celui-ci à l'abri de toutes les manifestations de la période secondaire d'abord, de la période tertiaire ensuite.

Cette définition a pour corollaires la nécessité d'un diagnostic précoce, la nécessité d'un traitement intensif immédiat ; il n'y a plus de traitement abortif lorsque la période secondaire est imminente.

II. — VALEUR INDIVIDUELLE ET SOCIALE DU TRAITEMENT ABORTIF

1° Au point de vue individuel, le traitement abortif est un inappréciable bienfait. Supprimer la généralisation secondaire avec toutes ses désastreuses conséquences pour l'économie, faire tomber les difficultés thérapeutiques si considérables des stades ultérieurs de la maladie, éviter l'occupation par le tréponème de certains refuges où il devient si facilement inexpugnable, arrêter la syphilis avant qu'elle ait eu le temps d'exercer ses ravages, tels sont les avantages que l'on peut en tirer.

2° Au point de vue social, les bienfaits du traitement abortif ne sont plus à proclamer : il constitue un moyen de prophylaxie de premier ordre, en supprimant les risques de contagion qui font du syphilitique un paria s'il ne veut être un danger ; il permet à celui-ci de fonder une famille, sans craindre pour ses enfants une hérédité qui ne pardonne pas.

III. — VALEUR THÉRAPEUTIQUE DU TRAITEMENT ABORTIF

1° Pendant longtemps, comme nous le verrons dans l'histoire, on a cru la syphilis inexorable. Nous espérons pouvoir démontrer une fois de plus par nos observations que, précocément traitée, elle peut s'éteindre rapidement. Nous exposerons longuement les raisons pour lesquelles la période primaire présente des facilités thérapeutiques qu'on ne retrouvera plus à un âge plus avancé de la maladie.

2° Nous ne nous dissimulons pas cependant les difficultés trop souvent insurmontables encore d'un tel traitement. Au contraire, nous essayerons de les mettre en relief de façon à pouvoir les éviter. Mais si le pessimisme d'autrefois doit faire définitivement place à la confiance, nous ne ferons pas montre d'un optimisme de mauvais aloi.

IV. — PLAN ADOPTÉ

Après avoir fait l'historique des tentatives infructueuses du passé, de celles plus récentes qui petit à petit ont ouvert la voie au succès, nous étudierons les bases cliniques de la méthode abortive, puis ses bases thérapeutiques. Faute de bien les connaître le médecin verra ses tentatives rester incépérantes. Nous exposerons ensuite brièvement notre technique personnelle, nos observations, nos résultats, et nous concluerons que si parfois le traitement abortif peut rester sans effet, ou ne peut être appliqué par suite de circonstances défavorables de terrain, le temps n'est plus où le chancre est suivi d'une vérole fatale : ce qui était vrai hier, ne l'est plus aujourd'hui.

APERÇU HISTORIQUE

A. — DES ORIGINES A LA DÉCOUVERTE DES ARSÉNOBENZOLS

I. DES ORIGINES A FOURNIER. — 1° De tout temps l'espérance de « tuer la vérole dans son nid », nous dirions aujourd'hui de faire avorter la syphilis, a hanté l'esprit des médecins.

Dès 1514, Jean de Vigo propose de détruire les ulcérations génitales « par quelque remède violent, capable de les tuer sur place, d'en éteindre la malignité et d'enrayer la diffusion imminente de leur venin dans toutes les parties de l'organisme ».

Corbis, cité par J.-L. Petit, propose la circoncision « ce qui, dit-il, évite de passer le malade par les Grands Remèdes puisque le virus n'a pas encore infecté la masse du sang ».

« Il y a peu de danger d'infection pour l'économie, dit Hunter, si le chancre a été détruit presque aussitôt après son apparition ».

2° Le grand Ricord lui-même écrivait en 1856 : « Le chancre, quelle qu'en soit sa nature, n'est jamais en naissant qu'une lésion locale. L'infection générale n'est pas un résultat immédiat, instantané. Que ne profitez-vous de l'intervalle qui sépare l'apparition du chancre du moment où naît l'infection pour éteindre le foyer d'où elle va sur-

gir et tarir du même coup la source de l'infection constitutionnelle? »

II. LE PROFESSEUR FOURNIER ET SON ÉCOLE. — 1° Le grand maître de la syphiligraphie, dans un débat aussi grave, devait donner son opinion. Il groupe les méthodes abortives proposées jusqu'à lui sous deux chefs :

a) Méthodes d'investissement, de blocus du chancre : elles sont à condamner, car elles ne donnent aucun résultat et ne supportent pas la critique.

b) Méthodes d'extirpation, de destruction du chancre : voici ce qu'en pense Fournier :

2° Les cautérisations de toute nature n'ont jamais abouti qu'à des déboires, à toutes les étapes de l'évolution de l'accident primitif.

L'excision a pour principal défaut de ne pouvoir être souvent réalisée qu'au prix d'une exérèse large constituant une véritable brèche ou une grave mutilation. Dans les cas où le chancre affecte une partie pouvant disparaître sans dommage, les succès seraient rares de l'avis même des expérimentateurs.

Or, si l'on fait subir aux quelques observations relatant des succès la critique nécessaire, si l'on se rappelle que pendant longtemps Ricord lui-même a confondu le chancre et la chancelle, on peut se demander s'il existe vraiment un cas où l'excision de l'accident primitif ait préservé de l'infection constitutionnelle.

3° Il est à remarquer qu'en exposant la question du traitement abortif de la syphilis, Fournier ne parle nullement de l'extinction de la maladie par les spécifiques. Cet éloquent silence sur la valeur abortive du mercure et de l'iodure de potassium, dont il affirmait « les propriétés

miraculeuses », suffit à nous renseigner: Fournier n'a pas connu de méthode réalisant « l'éradication de la vérole ».

III. DU PROFESSEUR FOURNIER A LA DÉCOUVERTE DES ARSÉNOBENZOLS. — 1° Cette période, toute de transition, fit naître de grandes espérances, qui ne devaient toutefois se réaliser que plus tard: L'agent pathogène de la syphilis était découvert: certains corps arsenicaux nouvellement préparés pénétraient dans le domaine de la thérapeutique. Ils semblaient faire merveille contre les organismes spirales en général; ils devaient être essayés contre le tréponème pâle de Shaudin. Certaines méthodes abortives firent dès lors appel aux vertus de la médication arsenicale.

2° Cependant Duhot et Gaucher restaient inébranlablement fidèles au mercure. Le premier édifia un traitement abortif par l'huile grise, le second le tenta par le benzoate de mercure. Leurs méthodes sont vraiment trop connues pour que nous les exposions.

Nous dirons toutefois que ces deux auteurs semblent s'être trompés sur la puissance thérapeutique des sels qu'ils ont préconisés. Les doses qu'ils conseillent sont si considérables qu'elles exposent aux accidents les plus redoutables. Dangereuses dans leurs conséquences, infidèles dans leurs résultats, ces méthodes ne méritent pas d'être retenues. Qu'est-ce enfin qu'un traitement abortif de quatre années?

3° *Méthode de Neisser par l'atoxyl.* — Le professeur Neisser a cru à l'action abortive de l'atoxyl. Cependant les effets favorables de cet agent thérapeutique ne sont pas toujours aussi brillants qu'il l'avait annoncé. Les phénomènes d'intolérance et même d'intoxication ne sont pas rares et font courir au malade de réels dangers. Remède

très capricieux, l'atoxyl n'a pas fait ses preuves. Il en est de même de l'arsacétine qu'on a tenté de lui substituer.

4° *Méthode d'Hallopeau à l'hectine.* — Hallopeau a proposé comme méthode abortive un traitement mercuriel d'assaut au benzoate de mercure, auquel il associe des injections quotidiennes locales de 20 centigrammes d'hectine autour du chancre et des ganglions satellites. C'est une véritable méthode d'investissement.

Elle donne toujours lieu à des douleurs intolérables, à une réaction inflammatoire pénible, et souvent à des phénomènes d'intoxication arsenicale. Trop souvent inefficace, elle n'a donné lieu qu'à des résultats peu encourageants.

IV. — CONCLUSION. — Jusqu'à la découverte de l'arsénobenzol, aucune méthode abortive n'a pu faire ses preuves. A tel point que certains esprits pessimistes ont pu dire que « la vérole est faite avec le chancre et dès le chancre qui, expression même de la maladie, n'est que le premier des accidents secondaires ». Et ils rappelaient volontiers le mot douloureux de Ricord après sa découverte de la dualité des chancre : « On aurait beau amputer la verge du malade dès l'apparition du chancre, que la vérole ne s'en produirait pas moins ».

B. — DE LA DÉCOUVERTE DE L'ARSÉNOBENZOL A NOS JOURS

I. LA THERAPIA STERILISANS MAGNA. — 1° En 1910, Erlich annonça à grand fracas la thérapia sterilisans magna. La découverte de l'arsénobenzol ou 606, devait ouvrir une ère nouvelle dans la thérapeutique de la syphilis : une seule injection du merveilleux produit aurait suffi à stériliser

l'organisme. Le bruit causé par l'annonce de ce résultat et l'enthousiasme qu'il déclencha est encore dans toutes les mémoires.

2° Mais bientôt de vives protestations s'élevèrent de toutes parts. Même sans tenir compte des graves accidents produits par l'injection, à doses redoutables, d'un corps qu'on ne connaissait pas encore, que l'on pouvait à la rigueur accepter comme rançon de l'efficacité supposée de la méthode, un vif mouvement de méfiance se dessina devant les résultats obtenus. Aux rares observations où l'unique injection semblait avoir tenu ses promesses, on opposait des faits accablants et nombreux où elle n'avait donné que des insuccès. Les échecs trop fréquents dénonçaient que la *Thérapia sterilisans magna* était encore à trouver.

II. LA THERAPIA STERILISANS PROGREDIENS. — 1° Cependant, ceux qui au milieu de discussions passionnées, avaient gardé la sérénité qui convient aux graves débats scientifiques, entrevoyaient déjà tout le parti que l'on pouvait tirer du nouveau spécifique, auquel on avait eu tort de trop demander, avant même d'avoir appris à le connaître. Avec le temps, l'arsénobenzol fut étudié dans ses propriétés, son action, sa posologie, ses indications, ses résultats et peu à peu nombre de syphiligraphes furent amenés à se convaincre que des séries d'injections d'arsénobenzol à doses progressivement croissantes pouvaient réaliser ce qu'on ne pouvait demander à une dose unique massive, dangereuse : la *therapia sterilisans magna* cédait la place à la *therapia sterilisans progrediens*.

2° Aux côtés de l'arsénobenzol, de nouveaux corps arsenicaux entraient dans le domaine de la thérapeutique anti-syphilitique : le novarsénobenzol ou 914 est celui qui s'est le mieux imposé, qui a eu la fortune la plus brillante. Plus

maniable que l'arsénobenzol par suite de sa solubilité, il permet la suppression d'une technique longue et minutieuse, tout en possédant les mêmes propriétés thérapeutiques générales.

3° Le nombre des méthodes abortives faisant appel aux propriétés tréponémicides des arsénobenzols est considérable. Il ne nous est pas possible de toutes les passer en revue.

Mais quelle que soit la technique proposée, une méthode abortive, pour être sérieuse et vraiment efficace, doit se fonder sur des bases, dont les unes, cliniques, tiennent compte de l'évolution et de l'essence de la maladie, dont les autres, thérapeutiques, tiennent compte des propriétés des spécifiques qu'elle emploie.

Ce sont ces assises du traitement abortif que nous exposerons dans les deux chapitres suivants.

CHAPITRE PREMIER

LES BASES CLINIQUES DU TRAITEMENT ABORTIF

A. — *Les conditions de terrain indispensables au succès*

I. — L'organisme doit être dans un état d'intégrité physique et fonctionnelle absolument parfait.

1° Pour pouvoir légitimement instituer un traitement abortif, il faut que le patient qui va le subir soit indemne de toute tare organique.

Remarquons que cette intégrité anatomique et fonctionnelle est d'abord nécessaire à la défense de l'organisme contre le tréponème et ses manifestations morbides. S'il est des syphilis bénignes par la rareté et l'importance minime des accidents qu'elles engendrent, il est aussi des syphilis graves, à formes sévères, syphilis malignes, selon la pittoresque expression consacrée. Nul doute que pour celles-ci la nature du terrain ne joue un rôle éminemment favorable : mauvais état de santé habituel, tempérament chétif, prédispositions héréditaires ou acquises, maladies antérieures, alcoolisme, paludisme, tuberculose, influences dépressives de tout ordre, déchéances organiques, surmenage physique ou intellectuel, absence d'hygiène physique ou morale, voilà autant de causes d'aggravation de la sy-

philis. « Il fait bon se bien porter quand on a la vérole », a dit Ricord.

2° Nous remarquerons aussi que, pour être efficace, un traitement abortif doit imposer l'absorption, en un temps relativement court, de hautes doses d'agents spécifiques divers. Cette active thérapeutique ne peut être tentée sans crainte d'accidents redoutables que sur une élite de malades : nous indiquerons en particulier, sans y insister, car le fait est trop évident, que l'examen du foie et des reins devra démontrer leur parfaite intégrité, que la bouche doit être ou devra être mise en un parfait état d'entretien.

Il faudra s'attacher dans un examen consciencieux « à trouver quelque chose », et lorsque cette enquête n'aura donné que des résultats négatifs, alors seulement on pourra sans crainte proposer au malade la longue et rude épreuve thérapeutique indispensable.

II. — Le malade ne doit présenter aucune intolérance idiosyncrasique aux agents spécifiques.

Il est à peine besoin de le faire remarquer. Une injection d'arsénobenzol suivie de crise nitritoïde, des troubles digestifs consécutifs à l'emploi du mercure, toute menace d'intoxication peuvent créer au médecin des difficultés insurmontables : les résultats espérés seront gravement compromis.

Si nous avons signalé cette chose évidente, c'est pour indiquer encore une des nombreuses causes d'échecs du traitement abortif qui en comporte bien d'autres.

Nous ajouterons qu'il y a de nombreuses contre-indications d'origine clinique à la médication arsenicale, ce qui peut encore aggraver le pronostic thérapeutique.

III. — Le malade doit se plier à toutes les exigences du médecin.

1° Il n'y a point de traitement abortif pour le malade capricieux, indiscipliné. Docile et confiant celui-ci doit faire abstraction de tout ce qui, dans sa vie sociale ou privée, peut influencer défavorablement le traitement.

2° Le médecin, de son côté, après lui avoir exposé la gravité individuelle et sociale de la maladie qu'il a contractée, devra en captant sa confiance, lui communiquer le désir ardent d'une guérison radicale et prochaine. Il devra faire appel à ses sentiments, à sa moralité pour obtenir une obéissance passive à sa sévérité paternelle.

3° Il pourra ainsi lui imposer l'hygiène morale qui convient, la suppression de l'alcool et du tabac, détourner de lui les fâcheuses influences d'ordre moral, obtenir enfin qu'il ne néglige aucun détail du traitement.

4° Enfin il lui demandera une auto-observation des plus complètes. Le malade en se présentant à lui au moins trois fois par semaine, lui rendra compte des moindres incidents du traitement qu'il aura consignés par écrit de peur d'un oubli toujours facile.

B. — *De la nécessité d'un traitement précoce*

I. — Le traitement abortif est d'autant plus efficace qu'il a été institué plus tôt.

1° Le diagnostic de chancre syphilitique ayant été posé et confirmé par l'examen microscopique, le traitement devra commencer aussitôt : l'unanimité des syphiligraphes est d'accord sur ce point. Toutes choses égales d'ailleurs, la gravité de la syphilis est en raison directe de l'insuffisance du traitement initial. Fournier le proclame et il ajoute : « Les syphilis originaires traitées se montrent facilement accessibles au traitement, peu redoutables

comme manifestations éloignées. Le traitement immédiat réalise ce résultat d'atténuer la période secondaire: on a même vu le traitement spécifique inauguré avec le chancre et méthodiquement poursuivi au delà, supprimer la période secondaire à ce point qu'elle ne se traduit par aucun accident ».

2° Si nous jetons un rapide coup d'œil sur la physionomie d'ensemble de la période primaire, nous nous convainçons que si la syphilis à cet âge n'est pas une affection locale, du moins elle peut être considérée comme une affection régionale. Dans l'immense majorité des cas, les tréponèmes semblent localisés dans le système lymphatique qui ne les déversera dans la circulation générale que quelques semaines après. Dans son ensemble l'organisme est encore à l'écart de la septicémie syphilitique. Le terme même de seconde incubation ne traduit-il pas cette idée?

3° Si nous considérons au contraire le début de la période secondaire, nous voyons « qu'à dater de la roséole, il y a vraiment quelque chose de changé dans l'organisme » (Emery). Celui-ci sensibilisé comme on l'a dit, paraît renoncer à se défendre: la maladie se déchaîne à sa guise. Ce « branle-bas de l'économie » (Ricord) a été désigné sous le nom d'explosion secondaire: c'est l'époque où les accidents syphilitiques éclatent, remarquables par leur infinie multiplicité de formes morbides et par leur ubiquité de siège. C'est l'époque difficile du traitement.

II. — Le tréponème est plus sensible pendant la période primaire à l'effet des agents spécifiques.

1° Lorsque le tréponème est encore fixé dans les ganglions et les lymphatiques, on peut comprendre qu'un traitement chimiothérapique ait son maximum d'effet: la lutte sera beaucoup plus pénible lorsqu'il se sera disséminé et

multiplié en s'imposant à l'organisme tout entier, lorsqu'il aura élu domicile dans la généralité des viscères.

2° Pour Levaditi, il y a dans chaque maladie une période opportune pendant laquelle les médicaments ont leur maximum d'effet. Cette période correspondrait pour la syphilis à la phase précritique de l'infection locale.

3° D'autres auteurs pensent qu'il faut chercher dans le cycle évolutif du tréponème l'explication de la variabilité des effets thérapeutiques. Pour Ross les tréponèmes ne représenteraient que les éléments mâles du parasite. Les gamètes femelles ne seraient pas influencés par les spécifiques. Dans cette hypothèse, il est légitime de penser que la période primaire offre des facilités spéciales de traitement qu'on ne retrouvera jamais plus.

III. — Le diagnostic clinique doit toujours être confirmé par l'examen microscopique.

1° Il est des chancres naissants, chez les gens soigneux qui viennent aussitôt consulter, dont le diagnostic clinique est une impossibilité. Il convient donc dans ces cas de faire un diagnostic microbiologique extemporané.

2° Certaines ulcérations, telles que des chancres authentiques peuvent cacher le tréponème sous leur masque : c'est ce qu'on a appelé des chancres mixtes : la recherche du bacille de Ducrey ne suffit pas à écarter l'hypothèse de l'infection spécifique. Cette grave erreur clinique aboutirait à une abstention thérapeutique désastreuse.

3° Enfin, certaines affections peuvent prendre l'aspect d'une des nombreuses formes du chancre syphilitique : il y a lieu de ne pas les confondre avec lui, ce qui aboutirait à un traitement inutile et à des succès vraiment trop faciles.

C. — *De la nécessité de poursuivre activement le traitement abortif pendant la période qui correspond à l'explosion secondaire.*

I. — Il semble encore impossible d'éteindre la syphilis avant le début de la période secondaire.

1° L'historique nous a appris que l'incrédulité qui a accueilli l'annonce du traitement abortif de la syphilis selon la méthode d'Erlich, était due à ce fait que ce savant avait prêté à l'arsénobenzol des vertus qu'il n'avait pas. Aussi, lorsqu'à la suite de la mise en œuvre du traitement abortif on atteint la date de l'explosion secondaire sans voir survenir d'accidents, faut-il ne pas se contenter de cet éphémère succès.

2° La généralisation du tréponème est relativement précoce: elle précède de quelques jours les signes cliniques de la période secondaire: il est donc impossible d'admettre que le traitement institué ait pu détruire le dernier tréponème en quelques jours: des réveils terribles peuvent nous démentir si nous l'arrêtons.

II. — La généralisation secondaire se produit malgré l'absence de tout signe clinique, mais elle reste muette dans ses manifestations.

1° Malgré la thérapeutique intensive instituée, la généralisation s'est produite discrète, atténuée, traîtresse, puisqu'elle ne s'est manifestée par aucun symptôme. Pendant de longues semaines en effet, chancre et bubons se font les détestables pourvoyeurs de l'économie en tréponème. Dans une syphilis laissée à son évolution normale nous pensons que même après le début de la période secondaire, la cir-

culatien lymphatique déverse le dangereux parasite dans la circulation générale pendant un temps qui peut être fort long. Nous croyons donc que le traitement doit durer non seulement jusqu'à la cicatrisation de l'accident primitif, mais aussi jusqu'à la disparition des ganglions qui l'accompagnent fatalement.

2° Ainsi la septicémie syphilitique qui émane des lésions primaires, trouvera devant elle une thérapeutique agissante, décidée à lui barrer la route. Nous serions tenté de croire que les spécifiques possèdent un pouvoir tréponémicide maximum, lorsque le tréponème circule librement avant d'avoir pu se fixer. Ils auraient d'après nous surtout le pouvoir de l'empêcher d'émigrer, de coloniser. D'humeur vagabonde pendant la curieuse période de l'explosion secondaire, le tréponème doit, pour ainsi dire, être détruit au passage.

Ce qui semble corroborer notre opinion, ce sont les réelles difficultés thérapeutiques qu'il crée, lorsqu'il a pu s'installer dans un organe dont il a fait sa résidence.

3° La conception du traitement de la syphilis, telle que nous l'a laissée Fournier, traitement préventif, chronique, intermittent, ne constitue-t-elle pas un argument de plus en faveur de notre conception?

Les hautes doses d'agents spécifiques, voire les doses toxiques sont absolument incapables de stériliser un organisme. Seules les doses relativement faibles, longtemps répétées, peuvent procurer la guérison. Pourquoi dès lors ne pas admettre que les spécifiques agissent moins par leur puissance toxique directe, que par leur pouvoir d'interrompre l'évolution biologique normale du tréponème? Cette évolution, nous ne la connaissons pas : mais elle semble se manifester pendant la période secondaire, par une sorte de nécessité d'errer à travers l'organisme, comme

s'il voulait puiser partout de nouvelles forces de reproduction.

4° Enfin la période secondaire à son début nous semble essentiellement propice à la destruction du tréponème. Les violentes réactions de l'organisme semblent démontrer que l'économie tente de se défendre âprement sans vouloir abandonner la lutte. Et ne savons-nous pas qu'avec le chancre, maints accidents secondaires, les accidents cutanés par exemple, sont susceptibles de disparaître spontanément?

III. *Conclusion.* — Un traitement qui a l'ambition d'être abortif doit se poursuivre activement pendant l'époque qu'aurait occupée l'explosion secondaire si on lui avait donné le loisir de se manifester. Pour fixer les idées, un traitement abortif ne doit cesser que douze semaines au plus tôt après l'apparition du chancre.

CHAPITRE II

LES BASES THÉRAPEUTIQUES DU TRAITEMENT ABORTIF

A. — *Valeur des arsénobenzols*

I. *Propriétés tréponémicides générales des arsénobenzols.* — 1° Lorsqu'on suit l'évolution d'un accident primitif sous l'influence du salvarsan, on est frappé des profonds changements qui surviennent à son niveau: il s'épidermise rapidement et disparaît avec rapidité. Notons en passant que l'induration persiste longtemps ainsi que les ganglions satellites.

2° Au point de vue microbiologique les résultats sont surprenants: en quelques heures les tréponèmes disparaissent du chancre après une injection de 30 centigrammes de salvarsan. Si Erlich a pu annoncer la *therapia sterilisans magna*, c'est à la suite de ces résultats, qui pouvaient, à première vue, induire en erreur un observateur de bonne foi. Le professeur Gaucher lui-même, peu suspect de sympathie à l'égard de la médication arsenicale, ne peut s'empêcher de reconnaître son pouvoir cicatrisant.

3° En résumé, l'arsénobenzol est le plus puissant des agents thérapeutiques que nous ayons à notre disposition contre le chancre: aucun autre spécifique ne peut soutenir la comparaison.

II. *Comparaison des différents arsénobenzols et agents arsenicaux.* — 1° De nombreux corps ont été proposés comme succédanés du salvarsan : parmi ceux qui ont tenu leurs promesses, nous citerons : le galyl, le luargol, le dis-sodoluargol ; ils sont tous plus toxiques que l'arsénobenzol, ne peuvent être injectés par conséquent à doses efficaces, du moins dans une méthode abortive. Nous ne les signalons qu'à titre d'agents de secours.

2° Le novarsénobenzol ou 914 peut seul être mis en parallèle avec l'arsénobenzol ou 606. Pour être impartial, nous reconnaissons que celui-ci est plus actif que celui-là, mais sa toxicité est plus forte et l'on ne peut l'injecter qu'à doses moindres. Au total, en tenant compte des doses injectables, la différence d'action entre les deux médicaments n'est pas si grande et l'on peut n'en tenir aucun compte.

3° Si nous comparons la technique d'une injection de 606 à celle d'une injection de 914, comment ne pas être frappé des difficultés considérables de la première, des facilités de la seconde ? L'injection de salvarsan ne peut être pratiquée que par un spécialiste possédant toutes les connaissances variées et la pratique nécessaire à cette délicate opération ; ceux même qui préconisent ce médicament insistent les premiers sur ce point et attirent longuement l'attention sur les minutieux détails d'une technique singulièrement compliquée.

Le traitement abortif, qui devrait être généralisé à l'heure actuelle, ne sera jamais utilisé que par un petit nombre de spécialistes, si l'on a recours au salvarsan. Seul le néosalvarsan peut permettre une œuvre de vulgarisation indispensable, et empêcher les méthodes abortives de tomber dans un injuste oubli.

C'est la raison pour laquelle nous le préférons personnellement au 606.

III. *Les doses efficaces.* — 1° La méthode universellement adoptée à l'heure actuelle pour les injections de novarsénobenzol est celle des doses concentrées selon la technique de Ravaut. Elle est trop connue pour la décrire ici.

2° Si nous envisageons la progression des doses, la seule méthode possible en vue d'un traitement abortif est celle des doses croissantes rapidement fortes de Millian. Une méthode plus prudente exposera à un échec complet, car on devra redouter d'atteindre l'époque critique dont nous avons parlé, celle du début de la période secondaire, avant d'avoir largement atteint les doses efficaces qui seules permettront une lutte victorieuse. La majorité des auteurs estime la dose efficace à un centigramme et demi par kilogramme.

Six semaines après le début du chancre, le malade aura dû pouvoir supporter une ou plusieurs de ces injections.

3° A partir de cette date le traitement sera poursuivi d'une façon sévère pendant six semaines encore : tous les six ou huit jours, selon sa tolérance, le malade recevra une nouvelle injection.

Peut-être vers la fin de cette période certains phénomènes inviteront-ils le médecin à la prudence : le syphiligraphe averti tâchera de dépister le moindre symptôme alarmant et sans attendre baissera progressivement chaque nouvelle dose jusqu'à disparition de toute manifestation d'alarme.

4° On s'est demandé quelle dose totale de novarsénobenzol était nécessaire pour stériliser définitivement l'organisme. Certains auteurs s'arrêtent à 4 grammes, d'autres

pensent qu'il faut atteindre 7 grammes et même davantage.

Nous reconnaissons qu'il faut tenir compte de cette dose globale ; mais ainsi posé, le problème nous paraît trop simple ; ses données sont plus complexes ; elles nous paraissent varier avec le poids du malade, sa susceptibilité au médicament, sa résistance générale à l'infection, la gravité de celle-ci, l'époque où le malade est venu consulter, etc.

Nous rejettons formellement les règles fixes et mécaniques. Toutefois, pour citer un chiffre, il nous paraît utile d'injecter un nombre de décigrammes de novarsénobenzol correspondant au poids du sujet en kilogrammes : pour fixer les idées, une homme de 60 kilos doit recevoir pendant la durée du traitement abortif, 6 grammes environ de novarsénobenzol.

B. — *Valeur du mercure*

I. *La nécessité de son emploi dans le traitement abortif.*

— 1° Si l'on compare les mérites du mercure et ceux des arsénobenzols, on est dans l'obligation de reconnaître avec Gougerot que le traitement mercuriel reste le traitement de fond de la syphilis. Les injections arsenicales ne mettent pas toujours le malade à l'abri des récidives. Les résultats qu'on en obtient doivent être consolidés par le mercure.

2° Sabouraud, qui a repris la question dans un article récent, arrive à cette conclusion qui n'étonnera personne que si l'arsénobenzol est un remarquable médicament d'assaut, le mercure garde pour la lutte d'usure sa valeur ancienne intégrale : ce que l'on acquiert par le mercure dans le traitement de la syphilis est bien définitivement acquis,

ce qui n'est pas exact pour l'arsénobenzol. En somme « l'arsenic conquiert le terrain, le mercure l'occupe ».

3° Il nous semble donc actuellement difficile de renoncer à lui dans une méthode abortive, si l'on ne veut se créer des difficultés inutiles et s'engager dans la voie des insuccès.

II. *Le choix des sels mercuriaux: les doses.* — 1° Les plus récents travaux, l'observation quotidienne montrent que le cyanure de mercure est le sel soluble le plus actif: c'est donc à lui qu'on aura recours toutes les fois qu'on le pourra: il sera employé en injections intra-veineuses.

2° Dans le cas contraire, on s'adressera soit au biiodure, soit au benzoate de mercure en injections intra-musculaires. Enfin, dans le cas exceptionnel où on se trouve dans l'obligation de recourir à la méthode par ingestion, on prescrira des pilules de protoiodure de mercure.

3° Ici, il nous semble utile d'insister sur l'efficacité de ce sel mercuriel, qui souvent est trop oublié. Fournier cependant insiste longuement sur son heureuse influence dans les jeunes manifestations de la maladie: il le considère comme une des meilleures préparations mercurielles pendant la période secondaire et cela au double point de vue curatif et préventif.

Nous croyons donc que son administration à doses efficaces selon l'enseignement de l'illustre Maître est loin d'être à dédaigner, et que l'on a tort de l'oublier systématiquement, même dans un traitement abortif.

4° Les doses de sels injectables devront au moins égaler 6 centigrammes par semaine pour avoir l'effet que l'on en attend. On pourra, dans bien des cas, en injecter davantage; ce chiffre n'est donc qu'approximatif. Le protoio-

dure sera prescrit à la dose moyenne de 7 et demi à 10 centigrammes par jour.

C. — *Valeur de l'iodure de potassium*

I. *Action de l'iodure sur les adénopathies.* — 1° L'iodure de potassium dont on a voulu faire le spécifique de la période tertiaire, est vraiment trop méconnu comme agent thérapeutique dans les premiers stades de la syphilis. Il constitue contre les adénopathies primaires et secondaires le remède le plus efficace, le plus puissant.

2° Or, si l'on veut bien peser l'importance des adénopathies pendant la période primaire d'abord, pendant la période secondaire ensuite, on se convaincra facilement que l'iodure de potassium peut devenir un précieux auxiliaire dans un traitement abortif : « Il fond des tumeurs de tout siège, de tout volume et cela à toute période de la maladie » a dit Fournier qui parle avec enthousiasme de ses « miraculeuses propriétés ».

II. *Action de l'iodure sur le chancre.* — « L'induration du bubon satellite, a dit Ricord, est l'induration du chancre transportée dans le ganglion ». Ces deux indurations sont de même nature : l'iodure de potassium fond celle du chancre comme elle fond celle des ganglions.

A ce point de vue, ce spécifique est infiniment supérieur à l'arsenic et surtout au mercure dont l'action sur l'hyperplasie est lente et pénible.

III. *Action de l'iodure sur certaines manifestations de la syphilis secondaire.* — 1° Son influence est des plus accentuées sur certains phénomènes de cette étape morbide : la céphalée qu'il soulage et dissipe rapidement, les névral-

gies de toute nature, les manifestations de tout ordre du système locomoteur (périostite, ostéalgies, arthralgies, myosalgies).

2° L'iodure semble agir puissamment pendant cette période sur toutes les manifestations du système nerveux, si fréquentes et si grosses de conséquences ultérieures. Il est donc indiqué de l'employer à titre préventif à l'approche de l'explosion secondaire, c'est-à-dire quarante jours environ après l'éclosion du chancre.

D. — *L'utilité de l'emploi simultané de la trinité thérapeutique: arsenic, mercure, iodure de potassium.*

I. Chaque tissu ne puise dans le milieu nutritif sanguin que ce qui lui convient.

1° Au contact du plasma dont la composition est cependant identique partout, chaque catégorie de cellules fait un choix parmi les substances nutritives mises à sa disposition; elle ne retient que celles nécessaires à son évolution biologique normale; c'est ainsi que l'intégrité anatomique se perpétue.

2° Ce qu'elle fait pour les éléments de sa nutrition, la cellule le fait aussi pour les agents thérapeutiques: le neutropisme arsenical en est une preuve parmi tant d'autres. A priori on peut donc supposer que les différents tissus ne se comportent pas identiquement vis-à-vis d'un spécifique déterminé.

II. Chaque spécifique a une action élective sur certains tissus.

1° A ne considérer que le mercure, nous savons que ses différents sels agissent d'une façon toute différente selon

le siège de la lésion : le calomel est le spécifique des lésions linguales, gutturales et laryngées, le protoiodure exerce une action puissante sur les syphilides secondaires cutanées et muqueuses, le cyanure est le meilleur agent contre la syphilis oculaire. D'autres exemples seraient faciles à citer.

2° Les différents tissus ne s'accommodent donc pas également des différents agents spécifiques : ils sont chacun plus sensibles à l'action de l'un d'entre eux ; nous avons déjà montré l'action élective de l'arsénobenzol sur la cicatrisation du chancre, l'action incomparable de l'iodure sur le bubon satellite.

Si nous avons la prétention en quelques semaines de mettre la totalité de l'organisme à l'abri de l'attaque par le tréponème, il faudra ne pas courir le risque de laisser un tissu sans défense.

3° Il en résulte à notre avis la nécessité de ne pas se fier exclusivement à l'un des trois spécifiques que nous connaissons. Les échecs obtenus dans certains traitements abortifs nous paraissent dus à la confiance trop aveugle dans l'arsénobenzol. Il est utile d'y adjoindre le mercure qui maintiendra les résultats acquis et l'iodure de potassium dont l'aide précieuse n'est pas à dédaigner.

E. — *Utilité du traitement local*

I. — Le chancre doit être extirpé chirurgicalement lorsque c'est possible.

1° Fournier qui a fait le procès de l'excision du chancre, ne la rejette pas absolument : « D'abord parce qu'il n'est pas prouvé d'une façon absolue et définitive, qu'il n'y ait

rien à attendre de la méthode, en second lieu parce que nous avons, vis-à-vis de nos malades, l'obligation morale de ne rien négliger de ce qui pourrait leur être utile ».

2° Négliger l'extirpation du chancre dans des conditions favorables, lorsqu'elle n'est suivie ni de mutilation, ni de délabrements, ni de cicatrices pénibles ou disgracieuses, constituerait une faute pouvant augmenter le nombre des insuccès. Ainsi la circoncision est toute indiquée pour tous les chancres préputiaux: elle est indispensable lorsqu'ils s'accompagnent de phimosis.

3° Est-ce à dire que l'extirpation du chancre soit absolument indispensable? Nous ne le croyons pas, et l'on peut parfaitement s'en passer; mais elle peut être utile en supprimant ainsi le foyer de la septicémie syphilitique, d'où pendant de longues semaines, de nombreuses générations de tréponèmes partiront pour coloniser dans les organes. Dans une maladie aussi grave que la syphilis, un appoint chirurgical aussi considérable ne saurait être négligé.

II. — Le chancre non extirpable doit être activement traité localement.

1° Dans l'immense majorité des cas, chez la femme en particulier, le chancre ne saurait être extirpé; il ne doit pas être pour cela abandonné à sa propre évolution. On tentera de détruire le tréponème *in loco* par tous les moyens. Sans insister sur les cautérisations physiques ou chimiques qui ont parfois de graves inconvénients et qui produisent trop souvent des cicatrices gênantes ou inesthétiques, on s'adressera aux divers antiseptiques ayant fait leurs preuves.

2° Le chancre sera détergé, lavé, aseptisé plusieurs fois par jour. On fera des pansements soit à l'onguent mercu-

riel, soit à la pommade au calomel, soit encore à la poudre de novarsénobenzol. Cet agent peut parfois déterminer une assez vive inflammation; on pourra l'employer alors en solution dans la glycérine au dixième ou le supprimer momentanément.

CHAPITRE III

EXPOSÉ SUCCINCT DE NOTRE MÉTHODE PERSONNELLE

I. *Première période de traitement.* — De la première consultation au quarantième jour depuis l'éclosion du chancre. Etude et préparation du terrain. Traitement d'attaque.

1° Un malade se présente porteur d'une lésion suspecte : après une étude clinique complète de cette lésion, après la recherche des circonstances qui ont provoqué l'accident, après une minutieuse enquête sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, nous avons posé le diagnostic de chancre syphilitique.

Nous faisons toujours confirmer ce diagnostic clinique par l'examen microscopique, qui nous paraît indispensable ici.

2° Le malade est ensuite pesé, nous l'étudions dans tous ses organes, dans toutes leurs fonctions, et ce n'est que lorsque cet examen nous a montré leur intégrité absolue que nous tentons un traitement abortif.

Nous complétons nos renseignements par la réaction de Wassermann, pratiquée sur le sang, et, si le malade s'y prête, sur le liquide céphalo-rachidien.

3° Les moindres détails relatifs à la maladie, à son évolution, au traitement institué, à ses résultats sont consignés dans une observation.

4° Enfin nous commençons le traitement en injectant 6 centigrammes de cyanure de mercure par semaine en injections intraveineuses, à la dose de 2 centigrammes tous les deux jours, et en commençant une série de piqûres de novarsénobenzol à doses progressivement croissantes. Nous essayons, soit en rapprochant les premières doses, soit en les augmentant quelque peu, d'injecter au moins une fois la dose que nous avons considérée comme efficace en tenant compte du poids du malade, avant le quarantième jour du chancre.

5° Cette période est donc toute d'observation. On devra pendant ce temps essayer de modifier le terrain si possible, s'occuper de l'état de la bouche, etc. On devra surtout s'attacher à s'assurer de la tolérance du malade aux agents thérapeutiques.

II. *Deuxième période du traitement.* — Traitement d'assaut.

1° En nous rapprochant de l'époque du début de la période secondaire, nous serons fixés sur les premiers résultats du traitement d'abord, sur ses incidents ensuite: le malade a-t-il été intolérant à l'arsenic, ou au mercure, la prudence nous conseille de ne pas trop demander à l'organisme défaillant.

Si, au contraire, ce qui sera le cas le plus général, le malade a subi l'épreuve thérapeutique sans dommages, nous passons au traitement d'assaut.

2° Nous continuerons à injecter 6 centigrammes de cyanure par semaine, nous augmenterons encore, si c'est possible la dose hebdomadaire de novarsénobenzol, enfin nous prescrirons l'iodure de potassium à la dose moyenne de 4 grammes par jour pour l'homme, de 3 grammes pour la femme.

3° Ce traitement intensif, nous essayons de le poursuivre encore six semaines. Vers la fin cependant nous diminuons les doses d'arsénobenzol surtout s'il est moins bien supporté. Dans le cas où nous sommes obligés d'y renoncer nous ne renonçons pas au traitement arsenical, et nous le poursuivons par l'hectine.

III. *Troisième période: exploitation du succès.* — En général, à la suite de ce traitement, aucun symptôme secondaire ne fait la moindre apparition. La réaction de Wassermann, deux mois après sa fin, est devenue ou reste négative. Devrons-nous considérer que le succès est vraiment définitif?

C'est plus que probable, mais comme tout traitement abortif comporte un certain nombre d'échecs, il semble prudent d'instituer un traitement de sureté qui, est-il besoin de le dire, n'aura rien de la rigueur du premier traitement. En tout cas, le malade devra se présenter au médecin tous les deux mois et la réaction de Wassermann sera fréquemment pratiquée.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. A. B..., âgé de 20 ans, vient consulter le 8 avril 1913. Il porte un chancre syphilitique du méat; l'infection s'est produite certainement le 1^{er} mars; le diagnostic clinique est confirmé par le laboratoire.

Le traitement est commencé le 10 avril 1913 soit 41 jours après l'innoculation: 8 injections de novarsénobenzol sont pratiquées, ainsi que 20 injections de cyanure de mercure à un centigramme.

Le 10 juillet le malade part à la Bourboule où il passe un mois; aucun traitement mercuriel pendant ce temps, mais cure d'eau et de bains.

Au mois d'août, le malade revient consulter; il n'a pas eu la moindre manifestation secondaire. Un traitement de sûreté est institué.

En janvier 1914, la réaction de Wassermann est négative; elle est encore négative en mars et en juin de la même

année pendant laquelle deux cures de novarsénobenzol furent pratiquées.

Depuis le chancre, aucune autre manifestation syphilitique jusqu'à ce jour.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

Mme X..., âgée de 25 ans, vient consulter pour une ulcération du bord cutanéomuqueux de la petite lèvre gauche le 1^{er} novembre 1913; il s'agit d'un chancre syphilitique de caractères cliniques indiscutables, s'accompagnant d'adénopathie satellite.

Cette femme est mariée depuis deux mois. La réaction de Wassermann faite chez le mari est franchement positive.

Le traitement mercuriel est commencé aussitôt: elle reçoit une série de piqûres de cyanure. En même temps, elle reçoit six piqûres d'arsénobenzol.

Pendant son traitement elle devient enceinte; elle a accouché à terme d'un enfant pesant 3 kilos 100 gr. qu'elle allaite elle-même. Cet enfant n'a jamais eu aucune manifestation syphilitique; âgé actuellement de 5 ans, il est bien portant.

La mère a subi depuis plusieurs traitements de sûreté. Elle a accouché en octobre 1920 d'un deuxième enfant pesant 4 kil. 100 gr.

Elle n'a jamais eu trace d'accident secondaire.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. C. V..., officier, vient consulter pendant les premiers jours du mois de février 1912 pour une érosion du sillon balano-préputial qui n'est autre qu'un chancre nain papulo-érosif. Cet accident primitif s'accompagne d'adénopathie inguinale gauche. Le tréponème est cherché et trouvé à l'ultramicroscope.

Le traitement est commencé le 8 février 1912, environ 25 jours après la date de la contagion. Le malade reçoit cinq injections de novarsénobenzol, puis une série d'injections de cyanure de mercure en avril, et une seconde en mai, de vingt jours chacune.

Le malade part aux eaux, à Uriage, en juillet. Au mois d'août, la réaction de Wassermann est négative; il accepte un traitement de sûreté.

La réaction de Wassermann fut depuis pratiquée tous les trois mois jusqu'en juillet 1914.

Le malade fait toute la guerre sans présenter le moindre accident. Il revient consulter en décembre 1918: la réaction de Wassermann est encore négative.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. F. B..., présente, le 10 décembre 1912, un chancre préputial; on y trouve des tréponèmes.

Le traitement est commencé le 15 décembre par une série de salvarsan et continué par une série de piqûres de cya-

nure. Le malade reçoit ensuite un traitement de sûreté à l'huile grise, car ayant quitté Marseille, il ne peut subir qu'un traitement hebdomadaire.

Le 14 décembre 1913, la réaction de Wassermann est négative, il en est de même en décembre 1914, en juin 1918 et en janvier 1919. Sa femme, qui n'a jamais été infectée, accouche d'un enfant sain en juillet 1920.

Le malade qui n'a eu aucun accident syphilitique depuis son chancre, fait encore pratiquer la réaction de Wassermann en août 1920; elle est encore négative.

OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. F. G..., marié depuis peu, a contracté au front, en 1917, une lésion qui fut diagnostiquée chancrelle. A l'occasion d'une permission il vient consulter pour des accidents secondaires en pleine évolution. En apprenant la nature de sa maladie, il vient faire examiner sa femme; celle-ci présente une lésion du bord libre de la petite lèvre droite, diagnostiquée cliniquement chancre papulo-érosif. L'examen microscopique confirme le diagnostic clinique. Le chancre étant tout petit, la malade accepte l'éradication chirurgicale.

Le traitement est commencé le 27 août 1917 par des séries de piqûres d'arsénobenzol et de cyanure de mercure.

Le traitement de sûreté fut poursuivi par des injections de novarsénobenzol et d'huile grise.

En décembre 1918, la réaction de Wassermann est négative chez la femme, faiblement positive chez le mari.

En octobre 1920, la réaction de Wassermann est négative pour les deux époux.

La femme n'a jamais présenté comme manifestation syphilitique que l'accident primitif.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. R. H..., 32 ans. Chancre balano-préputial avec adénopathie inguinale droite datant de dix jours; date de la première consultation: 10 juillet 1911. On trouve des tréponèmes en abondance dans l'ulcération.

Le 14 juillet 1911, première injection de salvarsan à la dose de 60 centigrammes; pendant l'injection, et quoique le malade fut couché, il se produisit une brusque congestion faciale et oculaire, avec sensation de barre et de serrement épigastrique, violentes palpitations, état nauséux; ces phénomènes passagers furent suivis de pâleur de la face et de ralentissement du pouls.

Peu après l'injection, tout rentra dans l'ordre, mais, dans la journée, le malade eût une température de 40°5, de l'agitation et des vomissements. Le lendemain, la température tombait à 38°, le jour suivant tout rentra dans l'ordre.

Jusqu'au 12 août, le traitement fut poursuivi par des injections de biiodure; à cette date, nouvelle injection de salvarsan à 60 centigrammes; celle-ci fut très bien supportée, sans aucun phénomène alarmant.

Du 30 septembre au 30 novembre, traitement mercuriel.

Pendant l'année 1912, des injections d'huile grise furent pratiquées par le médecin de la famille. En 1913, cure mercurielle au mois de mai et au mois d'octobre; en 1914; cures

mercurielles en janvier, avril, mai et octobre; en 1915, pas de traitement; la réaction de Wassermann est négative; en 1916, deux nouvelles cures mercurielles; en janvier 1917, la réaction de Wassermann reste négative.

Depuis la cicatrisation du chancre aucun accident secondaire ou tertiaire ne s'est manifesté.

Le 31 mai 1917, le malade vient consulter pour une ulcération balano-préputiale ayant tous les caractères cliniques d'un chancre induré typique, siégeant en un point différent du premier chancre constaté en 1911, s'accompagnant de l'adénopathie classique et d'une roséole au début; on constate la présence de tréponèmes par l'examen ultramicroscopique; la réaction de Wassermann est positive; le malade est mis au traitement curatif; la réaction de Wassermann est devenue négative seulement en septembre 1919.

Nous nous trouvons donc en présence d'un cas de réinfection qui démontre la guérison complète de la première syphilis ayant évolué sans autres accidents que les accidents primaires: le premier traitement a donc été abortif.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. M. V..., âgé de 38 ans, vient consulter, le 28 mai 1914, pour une lésion génitale contractée le 25 avril et siégeant dans la rainure balano-préputiale; elle s'accompagne d'adénopathie inguinale. Le diagnostic clinique de chancre syphilitique est confirmé par l'examen ultra-microscopique.

Le malade porte de plus, sur la lèvre supérieure, du côté

gauche une petite érosion qui, en quelques jours, prend les caractères d'un chancre papulo-érosif.

Le traitement est commencé aussitôt par une série de piqûres de novarsénobenzol qui se termine le 30 juin; pendant le mois de juillet il s'est poursuivi par des piqûres de biiodure de mercure.

Le malade n'a eu aucun accident secondaire: la réaction de Wassermann a toujours été négative. Le traitement de sûreté s'est poursuivi jusqu'à la fin de l'année 1916.

Au mois de janvier 1919, le malade revient consulter pour des accidents qu'il rattache à son ancienne syphilis; mais il présente un chancre papulo-érosif du méat, de l'adénopathie inguinale, de la roséole, de la céphalée vespérale, accidents qu'il n'avait pas eu lors de la première syphilis; l'examen ultramicroscopique révèle la présence de tréponèmes dans la sérosité du chancre: la réaction de Wassermann est positive.

Le traitement est aussitôt entrepris et les accidents disparaissent rapidement.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. R. F..., 35 ans: chancre cutané de la région médiane de la joue droite; petit ganglion sous-maxillaire à la partie moyenne du maxillaire inférieur; petits ganglions à la partie latéro-externe du creux sous-claviculaire droit.

Début du traitement mercuriel le 15 août 1910; le 22 août persistance de l'induration et de l'ulcération cupuliforme, croûteuse; le 10 octobre, la cicatrisation est complète, l'adénopathie persiste.

Le 11 octobre, injection de 60 centigrammes de salvarsan; douleurs de tête violentes, immédiates, sécheresse de la gorge, aphonie, palpitations; ces phénomènes s'amendent au bout d'une heure. Dans la journée, céphalée, vomissements fréquents, température 38°2. Nuit relativement bonne. Les jours suivants, diminution de l'induration chancreuse et des ganglions.

A partir de cette époque, traitement hydrargyrique. Le malade n'a présenté aucun symptôme secondaire. La réaction de Wassermann est négative en mai 1913.

Le malade se marie en 1916; il est actuellement père de deux enfants bien portants.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

Mme F. G..., 24 ans, présente, en juin 1913, un chancre syphilitique du méat urinaire: tréponèmes constatés à l'ultramicroscope; le traitement est aussitôt commencé par l'injection de salvarsan (60 centigrammes) et poursuivi par le mercure et de nouvelles doses de salvarsan.

A la fin de l'année, la réaction de Wassermann était négative; la malade n'a présenté depuis aucun accident, n'a pas contaminé son amant qui ignore tout. Le traitement de sûreté est continué jusqu'en 1916.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 26 ans; chancre syphilitique induré avec adénopathie en avril 1910; constatation de tréponèmes à sa surface; douze jours après l'apparition du chancre, injection

de 606; on fit une série de six injections. Pas de traitement mercuriel pendant cette année; il n'est prescrit qu'en 1911 et poursuivi jusqu'en août 1914.

Le malade n'a jamais présenté un accident. Revu pendant la guerre, la réaction de Wassermann a plusieurs fois été négative; elle est encore négative en 1920.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

Mlle F. J., 22 ans, fiancée à un syphilitique ayant des accidents secondaires, vient consulter en mars 1914 pour un chancre de la gencive au niveau de l'incisive médiane supérieure droite: faible adénopathie sous-maxillaire droite; tréponèmes constatés à l'ultramicroscope.

Deux injections de 606 sont pratiquées immédiatement; quatre autres injections furent pratiquées ensuite. En juin 1914, la malade n'a encore présenté aucun accident; la réaction de Wassermann est négative.

Depuis cette époque, traitements mercuriels espacés; mariée à celui qui l'a contaminée, elle est actuellement bien portante et sans accidents.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. V., 40 ans; en juillet 1910, chancre balano-préputial volumineux, ulcéré; constatation de tréponèmes à l'ultramicroscope; trois semaines après le début du chancre, on pratique une injection de 60 centigrammes de salvarsan,

puis une série d'injections de biiodure de mercure; cicatrisation rapide du chancre; le malade part avec sa famille et continue son traitement par des pilules de protoiodure de mercure.

Il n'a jamais présenté d'accidents; revu en 1914, il raconte que sa femme est devenue enceinte un an après son accident primitif; son enfant a été allaité par une nourrice qui, comme le père, est bien portante. La réaction de Wassermann est négative en juin.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. R. C..., 40 ans; chancre syphilitique à la fin d'avril 1912. Une injection de 60 centigrammes de salvarsan en mai, une deuxième en juin; quatre nouvelles injections en janvier 1913, puis traitement mercuriel.

Le malade revu en 1916 n'a jamais présenté d'accidents; la réaction de Wassermann pratiquée à cette date est négative pour la quatrième fois.

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 25 ans; chancre balano-préputial en mars 1912; tréponèmes constatés à l'ultramicroscope; il est pratiqué deux séries d'injections de salvarsan, suivies de traitement mercuriel.

Le malade n'a jamais présenté d'accidents; il a fait toute la campagne sans recevoir de soins; la réaction de

Wassermann, négative avant la guerre, l'est encore après l'armistice.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 28 ans; deux chancres papulo-érosifs, l'un de la face interne, l'autre de la face supérieure du prépuce; les tréponèmès sont constatés à l'ultramicroscope.

Le malade est venu consulter le 10 novembre 1911; le 14 novembre, on pratique une injection de salvarsan; il en est de même le 24 novembre, le 4 décembre, le 15 et le 27 du même mois.

Le malade n'a jamais présenté d'accidents; la première réaction de Wassermann a été négative en mars 1912; elle est restée depuis ce qu'elle était.

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 22 ans, vient consulter en janvier 1913 pour un chancre syphilitique où l'on trouve du tréponème. On pratique quatre injections de 60 centigrammes de salvarsan. Pendant les deux années qui suivent, pas de traitement mercuriel; jamais d'accidents syphilitiques; persistance d'un psoriasis datant de huit ans.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 26 ans; chancre syphilitique sous-préputial en décembre 1912; circoncision immédiate, suivie de six injections de salvarsan et d'un traitement mercuriel de sù-

reté; le malade n'a jamais présenté d'accidents; la réaction de Wassermann a toujours été négative toutes les fois qu'elle fut pratiquée.

OBSERVATION XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 28 ans; chancre balano-préputial papulo-érosif avec ganglion inguinal droit; tréponèmes constatés par le laboratoire le 6 juin 1914; première injection de salvarsan le 10 juin; au moment de sa mobilisation en août 1914, ce malade avait reçu une série de six injections de salvarsan.

N'ayant pas été soigné au régiment, ce malade revient à Marseille pour blessure par éclat d'obus du bras droit qui nécessite l'amputation.

Revu à cette époque, sa réaction de Wassermann est négative; il n'a jamais présenté d'accidents; il s'est marié depuis et a un enfant bien portant.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 26 ans; chancre de l'amygdale droite, le 3 juillet 1911; présence de tréponèmes.

Traitement: douze injections de salvarsan en deux cures: la première, en août-septembre; la deuxième, en novembre; traitement mercuriel en 1912.

En 1913, la réaction de Wassermann est négative; le malade n'a jamais eu d'accidents.

Blessé le 2 octobre 1914, il est revu; la réaction de Was-

sermann est encore négative; il a fait toute la campagne sans présenter d'accidents.

OBSERVATION XX

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 19 ans; chancre balano-préputial; tréponèmes constatés fin mai 1914; au mois de juin, six injections de salvarsan; au mois d'août, la réaction de Wassermann est négative; le malade n'a pas présenté d'accidents en janvier 1915 lorsqu'un traitement de sûreté est institué; la réaction de Wassermann est encore négative au mois d'avril 1915.

Parti dans le génie où il fit campagne, le malade revient en 1918, sans accidents; sa réaction de Wassermann est négative.

OBSERVATION XXI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 20 ans; chancre du fourreau, datant d'une vingtaine de jours avec adénopathies; tréponèmes constatés le 8 mars 1914: cure arsenicale en mars-avril. Le 28 mai, la réaction de Wassermann est négative; au mois de juin, nouvelle cure arsenicale (six injections de novarsénobenzol).

En août 1914, le malade est mobilisé; il suit un traitement très irrégulier par les pilules de protoiodure de mercure; au mois de février 1917, la réaction de Wassermann est négative; il en est de même en février 1918; il n'y a jamais eu d'accidents.

OBSERVATION XXII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 23 ans; en avril 1911, chancre syphilitique au niveau du frein et adénopathies; tréponèmes vus à l'ultramicroscope; on fait une série de piqûres de salvarsan. Le traitement est continué à Paris par le docteur Leredde. La réaction de Wassermann est négative en juin 1912, en janvier 1913.

Un traitement de sûreté est institué; le malade est mobilisé en 1914; il n'a pas eu le moindre accident syphilitique.

OBSERVATION XXIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 28 ans; chancre syphilitique du méat urinaire; constatation de tréponèmes à l'ultramicroscope le 8 juin 1917; petit ganglion de la région inguinale droite.

On fait une première cure de novarsénobenzol en juin-juillet 1917, une deuxième cure en septembre-octobre, une série de piqûres mercurielles en novembre.

Le malade, en 1920, n'avait pas encore présenté d'accidents; sa réaction de Wassermann, faite tous les ans, fut toujours négative. De 1918 à 1920, il suivit un traitement de sûreté.

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

M. X..., 30 ans, vient consulter, en juillet 1917, au Centre de vénéréologie: chancre nain balano-préputial; tréponèmes constatés à l'ultramicroscope.

On fait trois séries de novarsénobenzol et, dans l'intervalle, le malade prend des pilules de protoiodure de mercure. La réaction de Wassermann, pratiquée tous les trois mois, a toujours été négative; au mois de septembre 1920, le malade n'a pas eu le moindre accident.

OBSERVATION XXV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin)

D^r X..., médecin aide-major; chancre nain du prépuce en mai 1917, datant de huit jours; tréponèmes vus à l'ultra-microscope; circoncision.

Le traitement débute par une série de novarsénobenzol; il est ensuite continué par de nouvelles séries et par des cures mercurielles.

Le malade, qui est marié, n'a jamais eu d'accidents, n'a pas contaminé sa femme qui a accouché d'un enfant bien portant en mai 1920.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

Mlle V. P..., âgée de 22 ans, lingère, se présente à nous, le 16 mars 1920, pour une lésion de la lèvre supérieure qu'elle attribue à des gercures qui l'ont torturée tout l'hiver.

Cette lésion siège sur la muqueuse à 2 centimètres environ de la commissure gauche; elle présente les caractères cliniques suivants: recouverte d'une croûte très adhérente, c'est une érosion qui saigne au toucher, ronde, bien limitée, d'une couleur rouge sombre, se continuant insensiblement

ment avec la muqueuse voisine en assez mauvais état par suite des gercures dont nous avons parlé, et qui certainement ont constitué la porte d'entrée de l'infection. La lèvre est très tuméfiée; au toucher, on perçoit une induration bien limitée, nodulaire, dépassant franchement les bords de l'érosion.

Celle-ci s'accompagne d'une volumineuse adénite sous-maxillaire gauche, d'une adénite moins marquée à droite; les caractères cliniques des ganglions sont si nets, qu'ils suffiraient à imposer le diagnostic d'accident primitif.

L'examen de la sérosité chancreuse pratiqué par la méthode de Fontana-Tribondau, montre la présence de tréponème.

Cette jeune fille étant « absolument sage », nous avons recherché le mode d'infection de cette syphilis imméritée. Notre enquête auprès de sa famille et de son entourage nous convainquit qu'elle avait dû s'infecter le 9 février 1920 en buvant dans un verre. Ce jour-là se trouvant en défaillance dans la rue, elle fût transportée dans un bar de mauvaise apparence et la jeune malade se rappelle encore avec dégoût la scène où on l'obligea à porter à ses lèvres un verre d'eau-de-vie qu'elle repoussait.

Par suite de ses gercures, la date de l'apparition du chancre ne peut être exactement déterminée; la malade se rappelle cependant que le 5 mars elle fit constater à sa mère que sa lèvre prenait mauvais aspect. L'incubation du chancre a donc duré environ 24 jours.

L'état général de la malade est excellent quoique sa constitution soit plutôt chétive: son poids est de 45 kilos, sa dentition est excellente, ses urines normales; elle a des traces de bacillose pulmonaire ancienne au sommet droit.

Le traitement abortif est commencé le 23 mars 1920, soit quarante-deux jours après la date de l'infection, dix huit

jours après celle de l'éclosion du chancre; nous avons suivi strictement pour le conduire les règles thérapeutiques que nous avons énoncées dans le chapitre précédent; il nous suffira donc d'indiquer brièvement la totalité des doses de spécifiques que nous avons atteintes en soixante-quinze jours de traitement.

Novarsénobenzol	5 gr. 10
Protoiodure de mercure	2 gr. 10
Biiodure de mercure	0 gr. 32
Iodure de potassium	67 gr.

Résultats. — Ce traitement abortif n'a donné lieu qu'à des incidents insignifiants: à la suite des injections de néosalvarsan, il y eut parfois un peu de malaise et de la fièvre de réaction qui ne durait que quelques heures; aucune trace d'intolérance mercurielle.

La réaction de Wassermann fut pratiquée sur le sang et le liquide céphalo-rachidien le 25 mai 1920, puis sur le sang le 4 août soit cinquante-trois jours après la cessation de tout traitement. Elle fut toujours négative.

Nous n'avons pu, malgré tous les nombreux examens cliniques pratiqués, déceler la trace d'un accident secondaire.

La cicatrisation du chancre eût lieu le 2 avril, soit dix jours après le début du traitement et vingt-huit jours après l'apparition du chancre. Notons soigneusement que les ganglions satellites et l'induration du chancre n'ont rétrocedé d'une façon rapide et manifeste que du jour où la malade fût traitée par l'iodure de potassium.

Nous ajouterons que nous avons institué un traitement de sûreté qu'elle nous réclamait à tout prix. Très attentive à son état, elle nous dit un jour: « Quoique cherchant ma-

tin et soir à me découvrir quelque chose, je me porte mieux qu'avant le début de ma maladie ».

OBSERVATION XXVII

(Personnelle)

M. O. T..., étudiant, âgé de 20 ans, vient consulter le 25 mars 1920 pour une lésion des organes génitaux située sur la face cutanée du prépuce, elle a de tels caractères cliniques qu'à l'examen le plus superficiel, le diagnostic de chancre syphilitique paraît s'imposer; à un examen plus minutieux le doute n'est plus possible; la pléiade de Ricord est tout à fait typique.

L'interrogatoire nous apprend, sans entrer dans de plus amples détails, que la contagion s'est infailliblement produite le 15 février 1920; l'apparition de l'accident primitif date du 12 mars; elle s'est donc produite vingt-cinq jours après la contagion.

L'examen microscopique de la sérosité pratiqué le 28 mars à l'ultra-microscope et par la méthode de Fontana Tribondau, dénonce la présence du tréponème.

L'état général du malade est à tout point de vue excellent, la dentition parfaite; les organes et appareils sont absolument intacts; le poids du malade est de 53 kilos.

Le traitement abortif est commencé le 30 mars 1920, soit quarante-trois jours après la contagion, dix-huit jours après l'apparition du chancre. Le malade pendant sa durée (72 jours), reçut les quantités suivantes d'agents spécifiques:

Novarsénobenzol	7 gr. 80
Cynure de mercure.....	0 gr. 57
Iodure de potassium.....	50 gr.

Ce traitement intensif n'a donné lieu qu'aux inconvénients les plus légers de la médication arsénobenzolée ; l'iodure de potassium a provoqué quelques troubles gastriques passagers.

Résultats. — La cicatrisation du chancre eût lieu le 29 avril 1920, soit 30 jours après le début du traitement, 47 jours après son éclosion. La pléiade ganglionnaire, l'induration chancreuse ne rétrocédèrent d'une façon manifeste qu'à partir du moment où l'iodure de potassium fut prescrit.

La réaction de Wassermann pratiquée sur le sang négative le 10 juin, l'est encore le 8 août, deux mois après la cessation de toute médication. Nous avons institué malgré tout un traitement de sûreté.

OBSERVATION XXVIII

(Personnelle)

M. A. R..., âgé de 29 ans, pesant 70 kilos, se présente à nous le 3 janvier 1920, porteur d'un chancre sous-préputial datant de douze jours. Le tréponème est décélé par l'ultramicroscope.

Après circoncision, nous instituons un traitement abortif qui devait durer 80 jours.

Les quantités de spécifiques absorbées par le malade furent les suivantes :

Nôvarsénobenzol	8 gr. 10
Cyanure de mercure	0 gr. 58
Iodure de potassium	59 gr.

Résultats. — Le 15 mai, soit deux mois après la cessation du traitement, la réaction de Wassermann est négative.

tive dans le sang; le malade refuse sa recherche dans le liquide céphalo-rachidien.

Aucune autre manifestation syphilitique ne s'est encore manifestée.

Le malade suit un traitement de sûreté.

OBSERVATION XXIX

(Personne le)

Mme F. O..., âgée de 25 ans, du poids de 63 kilos, présente, le 10 avril 1920, un accident primitif de la fourchette. L'examen d'un frottis par la méthode de Fontana-Tribondau révèle le tréponème.

Nous commençons le traitement abortif aussitôt, c'est-à-dire environ dix jours après l'apparition du chancre; il a duré 72 jours pendant lesquels la malade a absorbé:

Novarsénobenzol	6 gr. 75
Cyanure de mercure	0 gr. 25
Biodure de mercure	0 gr. 32
Iodure de potassium	52 gr.

Résultats. — Quarante-cinq jours après cessation de tout traitement, la malade n'a encore présenté la moindre trace d'accident secondaire la réaction de Wassermann est négative dans le sang; elle n'a pu être faite dans le liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION XXX

(Personnelle)

Mme I. R..., âgée de 31 ans, pesant 67 kilos, vient consulter le 16 avril 1920. Elle porte un chancre de la grande lèvre gauche avec adénopathie, chancre datant de 15 jours.

Le tréponème est recherché au bi-éosinate de Tribondau; il est trouvé.

Le traitement abortif institué dura 68 jours. Voici les doses qui furent supportées pendant ce temps:

Novarsénobenzol	6 gr. 90
Cyanure de mercure	0 gr. 27
Protoiodure de mercure	2 gr.
Iodure de potassium	51 gr.

Résultats. — Deux mois après la cessation du traitement aucune manifestation secondaire; réaction de Wasserman négative dans le sang; elle n'a pas été pratiquée sur le liquide céphalo-rachidien.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement abortif de la syphilis, c'est-à-dire la méthode thérapeutique qui supprime d'une façon absolue les accidents secondaires et tertiaires, a une valeur incontestable; elle doit être systématiquement mise en œuvre.

II. — Une méthode abortive n'a de valeur que si elle tient compte de certaines données cliniques, dont les principales sont:

1° La nécessité de l'appliquer à un sujet indemne de toute tare organique, se pliant à ses nombreuses exigences et parfaitement tolérant aux agents spécifiques.

2° La nécessité de la précocité du traitement initial, car le tréponème se défend mal pendant la période primaire;

3° La nécessité de poursuivre le traitement pendant toute la période qu'aurait occupée l'explosion secondaire, si on lui avait laissé le loisir de se manifester.

III. — Une méthode abortive n'a de valeur que si elle tient compte de certaines données thérapeutiques, dont les principales sont:

1° La valeur thérapeutique remarquable des arsénobenzols, véritables spécifiques de la période primaire de la syphilis.

2° La valeur thérapeutique du mercure qui fixe et consolide définitivement les résultats acquis par l'arsenic;

3° La valeur thérapeutique de l'iodure de potassium considéré comme agent curateur de l'adénopathie primaire, et comme agent préventif de multiples accidents secondaires.

IV. — Le traitement abortif qui ne peut être encore appliqué à tous les cas, peut être parfois suivi d'un échec; nous ne possédons pas encore la therapia sterilisans magna. Aussi doit-on toujours exploiter le succès obtenu par un traitement de sûreté.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 20 novembre 1920
Par le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
J. VIANEY.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 19 novembre 1920.
Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
